

Travail de la Clinique Baudelocque

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LECOINTRE

Né le 24 décembre 1908, à Lencloître (Vienne)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RAPPORTS
DE LA
PÉRITONITE TUBERCULEUSE
ET DE LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

Travail de la Clinique Baudelocque

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LECOINTRE

Né le 24 décembre 1908, à Lencloître (Vienne)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RAPPORTS

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

ET DE LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N.	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M.A. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR RENÉ LECOINTRE

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de mon amour
filial et de mon affectueuse reconnai-
sance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage de profond respect et
de reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DE L'HÔTEL-DIEU DE POITIERS

MONSIEUR LE DOCTEUR MORICHAU-BEAUCHANT

MONSIEUR LE DOCTEUR J. PERDOUX

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR HALLÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ LAPOINTE

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT LEVANT

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE ET DE LA PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, pendant notre séjour à la Maternité de l'Hôpital Beaujon, d'observer dans le service de M. le Dr Levant, un cas de péritonite tuberculeuse évoluant chez une femme, enceinte de plus de 6 mois.

Le cas, au dire de notre maître, étant peu fréquent, nous avons, sur ses conseils, et grâce à la bienveillante obligeance de M. le Dr Lacomme, entrepris à la Clinique Baudelocque, de dépouiller les observations des femmes qui, du 1^{er} janvier 1925 au 1^{er} janvier 1932, y ont accouché et présenté des phénomènes de péritonite bacillaire, au cours de leur gestation, ce terme étant pris dans son sens le plus large, c'est-à-dire du début de la grossesse aux suites de couches incluses.

Sur plus de 19.000 observations dépouillées, nous avons pu relever seulement 2 cas de péritonite tuberculeuse au cours de la puerpéralité. Devant ce faible pourcentage, nous avons voulu nous rendre compte des travaux publiés sur cette question, et

nous avons trouvé au cours de nos recherches bibliographiques, 16 observations, que nous reproduisons dans ce travail.

Nous ne chercherons pas ici à résoudre le problème de savoir si la puerpéralité, soit pendant la période de gestation proprement dite, soit au cours des suites de couches, détermine une aggravation ou même simplement une tendance à l'aggravation de la tuberculose péritonéale. En effet, nous avons relevé des observations contradictoires. Dans certains cas des formes graves de péritonite bacillaire ont résisté. Dans d'autres, la puerpéralité semble avoir entraîné une recrudescence de l'infection tuberculeuse de la grande séreuse. A côté de l'observation II, où nous voyons une atteinte péritonéale au cours de la grossesse passer cliniquement inaperçue, nous placerons l'observation III, dans laquelle les phénomènes péritonéaux s'aggravent progressivement, de jour en jour, pour aboutir à l'avortement et à la mort.

Notre seul but — dans ce travail — est de relater les faits, tels que nous les avons observés et d'en dégager, après observation impartiale, quelques données utiles à la clinique et au diagnostic.

L'étude des observations que nous rapportons permet de les répartir en deux groupes :

PREMIER GROUPE. — Les tuberculoses péritonéales diagnostiquées au cours de la gestation proprement

dite, c'est-à-dire avant l'accouchement. Nous en avons réuni 5 observations.

DEUXIÈME GROUPE. — Les tuberculoses péritonéales diagnostiquées au cours du post-partum (13 observations).

*
* *
*

Mais, nous ne saurions entreprendre ce travail, sans satisfaire au devoir de remercier tous ceux qui ont contribué à la formation de notre esprit médical.

A nos premiers Maîtres de l'Ecole de Médecine de Poitiers, s'adresse ici toute l'expression de notre reconnaissance : en particulier, à M. le Docteur Morichau-Beauchant, dont nous avons su apprécier la valeur de l'enseignement clinique et la bienveillance sans cesse renouvelée à notre égard, les deux années pendant lesquelles nous avons été son élève ; à M. le Docteur Perdoux, qui nous apprit les premiers éléments du diagnostic chirurgical.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris, s'adressent également nos remerciements les plus vifs :

A M. le Docteur André Lapointe, ancien chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine, brutalement emporté à la fin d'une carrière trop tôt terminée, qui nous a enseigné les bases de la chirurgie pratique (externat 1931).

A M. le Docteur Marcel Pinard, médecin de l'Hôpital Cochin, qui nous a prodigué en même

temps que son enseignement de la dermato-syphiligraphie, ses plus judicieux conseils (externat 1932).

A M. le Docteur Albert Levant, accoucheur de l'Hôpital Beaujon, qui nous inculqua les premières notions d'obstétrique et nous suggéra le sujet de cet ouvrage (externat 1932-1933).

A M. le Docteur Lacomme, accoucheur des Hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu nous guider dans nos travaux.

A M. le Professeur A. Couvelaire, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'honneur, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Qu'il reçoive ici tout l'hommage de notre gratitude.

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Observations de tuberculose péritonéale diagnostiquée pendant la grossesse.

5 observations.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service du Dr Levant).

Inédite.

Mme R. V..., 30 ans, mariée, sans profession, entre à l'hôpital Beaujon le 2 décembre 1932 : enceinte d'environ 6 mois, II-pare, cette femme se fait hospitaliser sur les conseils de son médecin, lequel a remarqué un développement excessif du volume abdominal.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à 47 ans, de congestion pulmonaire. Mère, âgée de 62 ans, très bien portante. Une sœur, 23 ans, est actuellement en excellente santé.

Antécédents personnels. — A 12 ans, rougeole sans complications. A 14 ans 1/2, apparition des règles, demeurées toujours régulières, indolores, mais peu abondantes.

En 1929-1930, première gestation. Rien à signaler pendant la grossesse. Le 8 avril 1930, accouchement spontané d'un garçon vivant, à terme, pesant 2.900 gr. Délivrance naturelle, complète. Suites de couches normales. Nourri d'abord au sein jusqu'à 20 jours, puis au biberon, l'enfant a bien profité, malgré quelques bronchites saisonnières.

En mars 1932, grippe (?), qui nécessita un séjour au lit d'une quinzaine de jours. A ce moment, température oscillant entre 37°5 et 39°, toux sèche, à tendance quinteuse, expectoration peu abondante, jamais d'hémoptysies ni de crachats hémoptoïques. En avril, la malade est convalescente, affaiblie, mais relativement bien portante.

En mai 1932, début de grossesse. Les dernières règles datent du 5 mai 1932.

Jusqu'à la mi-octobre, aucun incident appréciable ne vient marquer la première moitié de la gestation.

Aux environs du 15 octobre 1932, la malade remarque l'excès de volume de son ventre, volume qui lui semble ne pas correspondre à l'âge de sa grossesse. Elle consulte son médecin qui lui conseille de se faire hospitaliser. La malade temporise, mais le 2 décembre 1932, elle entre à Beaujon, où l'interne du service, M. Richard, constate l'existence d'un double épanchement : péritonéal et pleural.

Examen général. — Mauvais état de nutrition. Facies très amaigri. Les pommettes sont rosées. Les traits sont tirés. On remarque un front olympien.

La température oscille entre 37°6 et 38°.

Le pouls bat régulièrement à 84 pulsations par minute.

Pas de modifications des bruits du cœur.

La tension artérielle est de 12 1/2-7 1/2 à l'appareil de Vaguez.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

On note tout de suite une gêne respiratoire assez marquée, d'autant plus pénible que la malade se plaint d'un point de côté gauche.

Examen obstétrical. — Dernières règles : 5 mai 1932.

Donc : grossesse de six mois environ.

A l'inspection, le ventre se montre volumineux, trop volumineux pour l'âge de la grossesse. L'ombilic est déplissé. Les flancs paraissent exagérément distendus. Très léger degré de circulation veineuse sus et sous-ombilicale.

On palpe le fond utérin à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La percussion révèle l'existence d'une matité à concavité supérieure, en forme de croissant, dont les cornes se perdraient dans les flancs. La matité varie suivant les positions de la malade.

La sensation de flot est nette.

La palpation ne permet pas de reconnaître la tête fœtale, ni la position du dos.

Toucher vaginal : révèle l'existence d'une présentation céphalique. A bout de doigt, on refoule la tête vers l'abdomen avec la plus grande facilité : on a une sensation comparable à celle du glaçon hépatique. Le col est en arrière, très ramolli. Les culs-de-sac paraissent peu profonds.

Les bruits du cœur fœtal ne sont pas entendus.

Examen de l'appareil respiratoire. — L'amaigrissement thoracique contraste avec l'excès du volume abdominal.

Abolition des vibrations aux deux bases.

Matité sur quatre travers de doigt en arrière, en bas et à gauche.

Matité sur deux travers de doigt seulement en arrière, en bas et à droite.

Pas de skodisme sous-claviculaire.

Auscultation : Obscurité respiratoire aux deux bases, plus marquée et plus étendue à gauche et en arrière.

Pas de souffle. Pas de pectoriloquie, ni de bronchophonie, ni d'œgophonie.

L'auscultation des sommets montre une respiration soufflante.

Diagnostic. — Le 6 décembre 1932, M. Levant examine Mme V... et porte le diagnostic de pleuro-péritonite tuberculeuse chez une femme enceinte de plus de 6 mois. Il conseille la ponction des plèvres.

Evolution jusqu'à l'accouchement. — Le 7 décembre, M. Richard, l'interne du service, pratique une ponction au niveau du septième espace intercostal gauche. Il retire un litre environ de liquide séro-fibrineux, ce qui soulage considérablement la malade et fait disparaître sa dyspnée.

L'examen cyto-bactériologique du liquide a été pratiqué :

Sang,

Pus (lymphocytes),

Des cellules épithéliales,

Pas de bactéries visibles.

Rivaltà +.

Le 15 décembre : prise de sang :

B.-W. = 0000.

H. = 0000.

L'examen des crachats a montré :

Pus,

Des cellules,

Nombreuses bactéries (entérocoques, bacillus subtilis, streptocoques).

Jusqu'au 1^{er} janvier 1933, le ventre augmente progressivement de volume. Les signes pleuraux rétrocedent. La température demeure entre 37°5 et 38°. Le pouls est stable. La gêne respiratoire est tout à fait modérée.

Accouchement prématuré le 1^{er} janvier 1933, à 1 h. 30, spontané. Un garçon, vivant, pesant 2.150 gr.

Rupture des membranes la veille à 19 h. Liquide amniotique de teinte normale.

L'expulsion du fœtus a duré 20 minutes. Le dégagement s'est effectué en O. P. sans lésions périnéales.

La délivrance a été naturelle, complète, pesant 320 gr.

Suites de couches. — Aucun incident notable. Les signes pleuraux disparaissent presque totalement : seule, demeure à gauche et en arrière, une diminution du murmure vésiculaire.

Cependant, la température demeure oscillante, plus élevée le soir. Mais elle n'a jamais dépassé 38°5.

Mais, une quinzaine de jours après l'accouchement, la femme se plaignant du ventre, M. Levant pratique l'exa-

men gynécologique et trouve : un ventre ballonné, météorisé dans la région péri-ombilicale. La matité, constatée avant l'accouchement, persiste, mais moins appréciable. Elle ne varie plus avec les positions de la malade. L'utérus est refoulé dans la partie droite de l'abdomen, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A gauche, on sent au toucher une masse volumineuse, assez dure, refoulant l'utérus à droite, et non douloureuse. Cette masse est perceptible au toucher rectal.

M. Levant émet l'hypothèse d'une bacillose péritonéale à forme plastique, succédant à la forme ascitique, avec bacillose annexielle concomitante.

Un mois après (15 février), nouvel examen : le petit bassin est « bourré » de placards résistants et indolores, remontant jusqu'à l'ombilic et s'étendant dans les deux fosses iliaques.

Le col utérin est refoulé en avant, petit.

Impossibilité de limiter l'utérus.

Les culs-de-sac latéraux et le Douglas sont remplis par une gangue résistante et non douloureuse.

M. Levant confirme le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme plastique.

Il préconise un traitement par les rayons ultra-violets. Une radiographie pulmonaire ne montre pas de lésions parenchymateuses. Pas de B. K. dans l'expectoration.

OBSERVATION II

(Recueillie à la Clinique Baudelocque) (1)

n° 1280 de 1926.

Antécédents. — Femme âgée de 38 ans, primipare. Père mort à 29 ans, de tuberculose pulmonaire.

Mal de Pott, soigné par le décubitus simple pendant 18 à 20 mois, puis par des appareils plâtrés.

En 1917, annexite tuberculeuse droite. Castration à droite.

En 1920, appendicectomie par M. le Professeur Lecène.

En 1923, la malade est envoyée dans un préventorium. On ne trouve pas de bacilles dans l'expectoration.

Grossesse actuelle. — La gestation actuelle est bien supportée. Mais, en raison de la déformation du squelette (bassin cyphotique), on est conduit à pratiquer une opération césarienne.

Le 9 juillet 1926, M. Digonnet pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. A droite, il n'existe pas d'annexes. A gauche, l'ovaire est petit.

Il existe du liquide séreux, jaune citrin, dans la cavité abdominale, en petite abondance. On trouve des granulations péritonéales tuberculeuses des plus nettes.

La césarienne est suivie d'hystérectomie. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites de couches tout à fait normales. La femme sort du service le 9 août 1926 et est dirigée sur Saint-Maurice.

1. Observation publiée également dans la thèse de Munié. Paris, 1930.

OBSERVATION III

(Publiée par M. le Professeur Fruhinsholz) (1).

Pleuro-péritonite tuberculeuse révélée au cours de la gestation (2).

Antécédents. — Mme C. L..., 22 ans, mariée depuis un an et demi, faïencière. Pas d'antécédents héréditaires bacillaires. Réglée à 16 ans 1/2 régulièrement.

Comme antécédents pathologiques, elle a eu une gastro-entérite à 2 ans, une pelade à 5 ans, une grippe avec pneumonie double, lors de la grande épidémie de 1918, un psoriasis en 1924, guéri par un traitement opothérapique et des injections intra-veineuses d'arrhénal. A ce moment, état général défectueux avec signes pulmonaires douteux.

Elle a fait, fin 1926, un avortement de 6 semaines, après lequel elle a été de nouveau bien réglée. Toutefois, depuis 6 mois, elle se sentait fatiguée.

Début et évolution de la pleuro-péritonite. — Les dernières règles sont du 15 septembre 1927 ; normales, elles ont été suivies de leucorrhée.

A la mi-octobre, la malade se plaint d'un point de côté droit. En novembre, apparition de fièvre (38°-39°) avec manifestations de pleurésie séro-fibrineuse droite, qui

1. A. Fruhinsholz, *Nouveaux cas de tuberculose abdominale en rapport avec la puerpéralité*, *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* Nancy, 1928, p. 299.

2. Renseignements en partie communiqués par le Dr Jacquot de Badonvillers et par le Professeur Perrin de l'Hôpital Villemin.

doit être ponctionnée deux fois et donne lieu à une évacuation de 1 litre $1/2$ environ. Autosérothérapie avec le liquide de ponction.

La température tombe complètement en décembre. L'appétit et l'état général reprennent ; le repos au lit est maintenu. L'examen génital fait à ce moment (déc. 1928) par le Dr Jacquot de Badonvillers révèle des signes évidents de grossesse.

Au début de janvier 1928, apparition de manifestations de pleurésie diaphragmatique droite, en même temps que surviennent des indices d'ascite. Vers le 9 janvier, on assiste en l'espace de quelques jours à l'évolution rapide d'une péritonite bacillaire typique, avec ascite considérable, ballonnement, phénomènes de compression. L'utérus gravide se met à flotter et à ballotter en masse (c'est dans ces conditions que le médecin traitant de la malade, le Dr Jacquot, auquel nous sommes redevables de ces intéressants détails, juge à propos d'envoyer sa malade à l'Hôpital Villemin, dans le service du Prof. Perrin). A son entrée, la malade est très amaigrie, pâle, dyspnéique (30-40 respirations par minute). L'examen de l'appareil respiratoire révèle à la base droite de l'abolition des vibrations et du murmure vésiculaire, de la matité, une respiration soufflée avec œgophonie et râles humides. A la base gauche, submatité, râles de pleurite. Au sommet gauche, submatité, inspiration et expiration rudes.

Du côté du tube digestif, la malade accuse des vomissements tenaces depuis le début de sa gestation. Elle n'a ni diarrhée, ni constipation. Langue saburrale. Le ventre est saillant, globuleux, avec une sensation de flot très nette.

Le foie est gros et débordant. L'utérus donne la sensation d'une tumeur ballottable. Matité dans le bas-ventre et dans les flancs, se déplaçant avec les mouvements de la malade. Le pouls est à 115. Battements cardiaques mous. Les urines sont rares (250 cmc.), foncées, épaisses avec un dépôt abondant de phosphates qui les trouble. Il y a de la bilirubine. Pas d'albumine.

Le 9 janvier, ponction de l'ascite, qui évacue 3.500 cmc d'un liquide séro-fibrineux, rougeâtre et qu'on fait suivre de l'insufflation de 1.700 cmc. d'oxygène.

On palpe après ponction l'utérus à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Evolution jusqu'à l'avortement. — Le 12 janvier, les vomissements cessent. Le 13, hypothermie et refroidissement des extrémités. Le 14, l'hypothermie persiste. Dans la soirée, la malade perd par le vagin un liquide louche. On pense à une rupture prématurée des membranes et on la dirige dans le service de la Maternité.

En l'examinant, on fait les mêmes constatations que ci-dessus. L'utérus est redevenu ballottable. L'ascite s'est reformée en partie. Au toucher, le vagin est comme retourné et refoulé: les culs-de-sac sont effacés et descendus. Le col est très mou et comme cedémateux; le segment inférieur s'évase comme dans une grossesse normale. Néanmoins, on serait tenté de douter de la réalité de la grossesse, tant la gravité des symptômes péritonéaux paraît peu compatible avec elle et tant l'utérus simule un gâteau de péritonite bacillaire, si on ne possédait les renseignements très précis communiqués par le Dr Jacquot.

La malade est à peine arrivée au service que sa famille,

craignant qu'elle n'y meure, intervient pour la ramener chez elle. Elle rentre donc à Badonvillers le 15 janvier dans l'après-midi : elle est, dit le Dr Jacquot, dans un état quasi-désespéré (facies péritonéal, algidité, pouls filant, vomissements).

Avortement et post-abortum. — Le 16 janvier, elle expulse un fœtus déliquescent, rougeâtre, correspondant à 3 mois 1/2 environ, mort sans doute depuis quelques jours; l'arrière-faix est retenu en partie. Le Dr Jacquot fait un curettage très doux et très superficiel.

On remonte l'état général (adrénaline, huile camphrée, café, etc.). Le placenta est expulsé le lendemain. L'abdomen reste extrêmement météorisé et douloureux; il est sonore sauf vers le bas-ventre et les flancs. L'ascite se reproduit rapidement. Le transit intestinal continue normalement.

Hoquet persistant rendant l'alimentation presque impossible. Pas de vomissements. La malade accuse des douleurs très vives dans les hypocondres, surtout à gauche, au voisinage de l'angle colique, en coïncidence avec un bruit hydro-aérique très spécial. Le pouls reste à 120. Il n'y a pas de fièvre, mais hypothermie avec refroidissement des extrémités. Dyspnée et légère cyanose. Pâleur cireuse. L'intelligence reste lucide jusqu'au moment de la mort, qui survient le 24 janvier 1928.

OBSERVATION IV

(publiée par Lévy) (1), 1928.

Tuberculose péritonéale et grossesse.

Antécédents. — L'observation a trait à une femme de 28 ans, primipare, célibataire. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. A l'âge de 6 ans, cette femme a été traitée pour une double pneumonie, suivie d'une pleurésie ayant nécessité une ponction, qui aurait donné issue à un liquide verdâtre.

Antécédents de bacillose pulmonaire. — Réglée à l'âge de 13 ans, régulièrement, sans douleurs, elle demeure d'une santé délicate jusqu'en 1923. A ce moment on lui reconnaît une lésion fibro-caséuse du sommet du poumon droit. Il est question de lui faire un pneumothorax, mais le traitement hygiénique suffit à améliorer l'état de son poumon. Sa santé demeure pourtant fragile : elle se plaint d'une manière presque constante de céphalée et de vomissements bilieux et alimentaires.

Début de la péritonite bacillaire (1926) et d'une grossesse (juin 1927).

En 1926, les règles disparaissent et cette période d'aménorrhée dure jusqu'en juin 1927, date à laquelle la femme perd un peu de sang rosé. Depuis la fin de 1926, l'abdomen est devenu de plus en plus volumineux : le

1. Georges Lévy, *Tuberculose péritonéale et grossesse. Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*. Nancy, 1928, p. 740.

diagnostic d'ascite en rapport avec une péritonite bacillaire a été porté.

Cette poussée d'ascite s'accompagne d'élévation thermique intermittente, sans réveil de l'ancienne lésion pulmonaire. Après un traitement consistant en application de chaleur locale, l'ascite régresse. Elle ne disparaît qu'en 1927, date à laquelle la malade *est enceinte de 3 mois*.

Evolution de la grossesse. — La grossesse évolue en présentant les particularités suivantes : l'albuminurie préexistante persiste sans augmentation notable, grâce au régime suivi par la femme ; de violentes quintes de toux, accompagnées d'expectoration muco-purulente inquiètent la malade à plusieurs reprises ; quelques poussées fébriles semblent indiquer le réveil d'un nouveau foyer pulmonaire ou abdominal.

La grossesse continue, pourtant, sans que l'état général de la femme soit notablement altéré :

C'est le 12 janvier 1928, que cette femme, envoyée par un de nos confrères, se présente à notre examen. Au point de vue pulmonaire, nous notons quelques craquements au sommet droit et des frottements aux bases.

Au point de vue obstétrical, la hauteur utérine est de 26 cm. Sommet mobile, battements bons.

Depuis ce moment nous avons eu l'occasion de revoir cette malade de nombreuses fois. Nous avons constaté que la température était toujours supérieure à 37°, atteignant parfois 38°3, le soir. Le 20 mars, la femme est prise de dyspnée intense avec toux fréquente et expectoration muco-purulente, légèrement teintée de sang.

L'auscultation montre la présence de râles sous-crêpi-

tants dans les 2/3 supérieurs du poumon droit. La température se maintient durant 5 jours au-dessus de 38°5.

Accouchement. — Le 20 mars 1928, rupture prématurée des membranes. Dans la nuit du 20 ou 21, douleurs abdominales qui se poursuivent d'une façon irrégulière durant la journée du 21. Dans la soirée, la tête est engagée ; la dilatation est comme 5 francs. On administre de la quinine à diverses reprises.

Le 22, à 10 h., devant le défaut de progression, dû à l'irrégularité des contractions, des signes de souffrance fœtale et l'épuisement de la malade, on décide de terminer sous anesthésie au chloroforme. Incisions bilatérales et antéro-latérales du col, mince et dilaté comme une petite paume. Application du forceps en D. Tr. et extraction sans incident d'un enfant de 3 kgr. 500, qui crie aussitôt.

L'enfant, auquel on a administré du vaccin B. C. G., a dû être séparé de la mère et nourri artificiellement. Il est actuellement en bonne santé.

Suites de couches. — Quant à la mère, le post-partum, ne fut marqué que par de faibles élévations de température dont la maxima fut de 38°2. Pas de phénomènes nouveaux du côté de l'appareil pulmonaire. A diverses reprises, nous avons noté une certaine sensibilité de la fosse iliaque droite.

La femme s'est levée au bout de 16 jours et a quitté Nancy, échappant ainsi à notre contrôle. Nous avons l'occasion d'avoir de ses nouvelles. Son état général est demeuré déficient depuis l'accouchement. On a craint plusieurs fois la reprise des phénomènes bacillaires, parce

que la femme a recommencé à tousser, à cracher et à avoir des poussées fébriles. Rien ne m'a été signalé en ce qui concerne son abdomen.

OBSERVATION V

(publiée par Scipiades) (1).

Péritonite tuberculeuse et tuberculose des trompes pendant la grossesse.

Femme de 36 ans, XII-pare. Dernières règles, il y a 6 mois, sent remuer depuis 2 mois $1/2$. Dès le début de sa grossesse, elle est affaiblie et doit s'aliter. Femme maigre, pâle et sans fièvre. Pouls faible à 116. Poumons sains.

Avortement provoqué. Mort 2 heures après.

Autopsie. — Poumons normaux. Epiploon épaissi. Tout le péritoine est semé de granulations jaunes blanchâtres, de grosseur allant de la tête d'épingle à un pois. Pas de caséification. Il y a 2 litres $1/2$ de sérosité trouble et rouge brun. Les trompes sont très épaissies ; leur muqueuse est couverte de matière caséuse.

Histologiquement, on démontre la nature tuberculeuse. Les trompes paraissent le siège primitif, les lésions y étant le plus avancées.

1. Scipiades, *Zenträlblatt, für Gyn.*, 1907. (Cette observation a été également publiée dans la thèse de Paul Feuillade, *Etude des rapports de la tuberculose génitale avec la puerpéralité*. Nancy, 1924. Obs. n° 23).

DEUXIÈME GROUPE

Observations de tuberculose péritonéale diagnostiquée au cours du post-partum

• OBSERVATION VI

(publiée par Fruhinsholz) (1).

Tuberculose péritonéale aiguë du post-partum.

M. S..., 20 ans, célibataire. Bonne. A encore ses parents bien portants. Une sœur et 3 frères bien portants. Un frère mort à 16 mois d'affection pulmonaire.

Elle-même a toujours été d'une bonne santé. Régulée à 15 ans ; règles revenant exactement et constamment tous les 28 jours, durant 5 jours et indolores. N'a jamais souffert du ventre. N'a jamais été arrêtée par aucune maladie.

Grossesse actuelle. — D. R. terminées le 9 juin 1925. Evolution normale. Leucorrhée banale. Pas de douleurs abdominales.

A travaillé constamment comme bonne à tout faire jusqu'à la veille de son accouchement ; non seulement

1. Fruhinsholz, *Tuberculose péritonéale aiguë du post-partum simulant une infection puerpérale*. *Bulletin de la Société d'Obs-tr. et de Gynécol.* Nancy, 1926, p. 371.

cette femme était d'une grande activité au témoignage des personnes qui l'employaient, mais elle trouvait encore le moyen de passer une partie de ses nuits à danser et à s'amuser.

Elle avoue toutefois s'être sentie fatiguée dans la dernière quinzaine ayant précédé son accouchement, avoir manqué d'appétit, avoir maigri et avoir toussé légèrement.

Accouchement. — Cette femme entre en travail prématurément dans la nuit du 27 ou 28 janvier. Elle perd les eaux le 28 au matin, entre à la Maternité à 9 h. avec une présentation du sommet et une dilatation de 2 francs.

A 14 h. 50', la dilatation est complète. A 15 h. 20', elle expulse sans incident une fille de 2.400 gr.

Délivrance naturelle dans les délais normaux. Placenta de 520 gr. avec rupture des membranes au ras du bord.

Suites de couches. — Dès le lendemain matin, la malade a de la fièvre : 39°6 le matin ; 40°2 le soir, avec des frissons. La température persiste ainsi pendant quelques jours avec de légères rémissions matinales. Le pouls est à 120.

Le ventre est sensible et se ballonne d'une façon considérable ; néanmoins les gaz passent ; il n'y a ni hoquet ni vomissement. On pense à de l'infection avec réaction péritonéale : on soumet la malade à une série (3) d'injection de sérum anti-streptococcique de 80 cmc. chacune et on lui fait des applications de glace sur le ventre ; elle garde relativement bonne mine, se plaint surtout de la tête.

Le ventre reste obstinément ballonné. La température persiste sans grande rémission. Insomnie. On perçoit à

un moment donné un léger empâtement vers la fosse iliaque du côté gauche.

Le 3 février, élimination de quelques caillots avec quelques débris sans odeur. Un examen local montre le col largement béant. Le cul-de-sac vaginal postérieur est douloureux.

Le 6 février l'état restant grave, on tente de provoquer un abcès de fixation (1 cmc. de térébenthine), qui, d'ailleurs, ne prend pas ; on alterne l'emploi en injections sous-cutanées de l'uroformine et du nucléinate de lithium.

Le ventre reste ballonné. Les gaz passent. Les selles provoquées par lavement sont normales. Urines normales.

La malade tousse légèrement.

Vers le 12 février, apparaissent des vomissements. D'une façon générale, la température persiste, mais sur une portée un peu moins élevée qu'au début.

Le 13 février, on est frappé de constater, à la faveur d'un peu de détente dans la distension abdominale, qu'il y a au niveau de la paroi des zones de rénitence avec submatité formant placards.

On envisage pour la première fois, l'hypothèse de bacillose péritonéale.

La malade tousse et crache. On perçoit des râles muqueux aux 2 sommets, surtout à droite, avec retentissement de la voix. Un examen bactériologique des crachats ne décèle pas de bacilles de Koch.

Evacuation normale des gaz et des selles qui deviennent diarrhéiques. Les vomissements continuent.

Le 15 février, on perçoit la sensation de flot. Il y a de

la matité dans les flancs. Le palper décèle une rénitence dirigée parallèlement au côlon transverse.

Le 16 février, le Dr Verain pratique l'examen du sang et constate que la réaction de Calmette est positive, fixant 5 unités. Le sérum renferme peu d'anticorps.

Le 18 février, la diarrhée s'est arrêtée ; les vomissements persistent ; quelques râles humides sont perçus dans les bases des 2 poumons, surtout à droite.

Mêmes constatations abdominales : (placards et ascite). Au toucher, on ne délimite pas l'utérus. Les culs-de-sac sont douloureux et vaguement empâtés vers les annexes.

L'état général décline visiblement. Amaigrissement et pâleur. Sueurs nocturnes. Constipation. Les vomissements prennent un caractère tenace.

Le diagnostic de péritonite bacillaire est porté, et on décide, devant la gravité de la situation, de tenter la laparotomie.

Laparotomie. — Celle-ci est faite par le Dr Hamant, médiane, sous-ombilicale. Anesthésie rachidienne.

On trouve le péritoine pariétal très épais, friable, *recouvert d'un semis de granulations jeunes.*

A l'ouverture, il s'écoule un liquide séro-purulent, abondant (3 à 4 litres), grumeleux, avec des débris fibreux. On constate l'existence d'une cavité circonscrite, en bas par le cul-de-sac vésico-utérin, l'utérus augmenté de volume et le côlon sigmoïde faisant éperon dans le cul-de-sac de Douglas et séparant celui-ci en 2 loges, en haut par l'intestin adhérent à la paroi.

Sur les côtés, on remarque les trompes étagées, tirées en haut et en dehors, fixées à la paroi latérale du bassin.

Toute cette cavité est tapissée de fausses membranes épaisses.

Tous les viscères sont criblés d'un semis de granulations.

Le liquide évacué, on introduit 2 drains dans le Douglas et on referme la paroi en 3 plans.

Suites opératoires. — Le lendemain, il y a chute de la température. La malade éprouve un soulagement très passager, puis la température remonte autour de 39°, les vomissements persistent, la diarrhée reparait, la cachexie s'accroît, des escharres fessières se forment.

Vers le 3 mars, délire intermittent.

Le 6 mars, la malade est mourante. Malgré la défense formelle qui lui en est faite, sa famille l'emmène chez elle et ne donne plus de nouvelles.

L'enfant se développe normalement et va bien.

L'examen d'un lambeau prélevé au niveau du péritoine pariétal, fait par le Dr Morlot du service d'anatomie pathologique montre *des lésions tuberculeuses typiques avec de très nombreux follicules à cellules épithélioïdes et lymphoïdes et de très rares cellules géantes.*

OBSERVATION VII
(publiée par Fruhinsholz) (1)

**Tuberculose abdomino-péritonéale du post-partum
immédiat, évoluant en liaison avec l'accouchement (2).**

Antécédents. — Mlle X..., 17 ans, ouvrière de cristallerie, célibataire. A encore ses parents bien portants, 4 sœurs et frères bien portants.

Réglée à 13 ans, très régulièrement, pendant 6 jours chaque fois.

Est d'une bonne santé habituelle, n'ayant eu pour toute maladie qu'une rougeole. Elle n'a jamais souffert du ventre. Elle a toujours fait son travail sans difficulté. Elle ne souffrait que de constipation. Elle n'a jamais eu de fièvre, ni de période d'aménorrhée.

Dernières règles : du 20 au 26 avril 1926. La grossesse a évolué normalement ; la femme a continué son travail jusqu'à il y a un mois ; elle a suivi régulièrement la consultation de la Maternité où on n'a rien constaté de spécial. Elle n'a pas eu d'albumine. Elle signale toutefois avoir sensiblement maigri dans le dernier mois, mais sans s'être sentie souffrante pour cela.

Accouchement le 18 janvier 1927 à 8 h. 15 du matin ; il est normal et aboutit en 8 heures au total à l'expulsion

1. A. Fruhinsholz, *Nouveaux cas de tuberculose abdominale en rapport avec la puerpéralité*. *Bullet. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* Nancy, 1928, p. 299.

2. Maternité. Nancy, 1927, observ. n° 77.

d'un enfant de 2.480 gr. (accouchement légèrement prématuré).

Le hasard fait que j'examine cette femme entre le moment de l'accouchement et celui de la délivrance : or, je suis frappé en palpant l'abdomen de constater que celui-ci donne dans son ensemble au palper l'impression d'être comme mastiqué par une gangue pâleuse et on émet l'hypothèse d'un intestin fortement encombré. La délivrance se fait normalement.

Placenta de 400 gr. La malade apparaît légèrement amaigrie ; elle a une chevelure vénitienne. Elle présente une micro-poly-adénopathie crurale et inguinale.

Suites de couches. — Dès le lendemain de l'accouchement, le pouls s'accélère et la température commence à s'élever. Le ventre se ballonne ; l'utérus reste gros ; il n'y a pas de modifications lochiales ; les selles sont insuffisantes ; le tympanisme s'accuse plutôt dans la région gastrique, et le côlon transverse accuse une corde très nette.

Au bout de quelques jours, apparaissent quelques signes pulmonaires (submatité et râles humides à la base gauche). Il n'y a pas de vomissement.

Dès le 19 janvier 1927, on voit apparaître un érythème papuleux le long des deux avant-bras ; cet érythème est fait de plaques étalées, rugueuses, avec des intervalles de peau saine.

Le 24 janvier, l'état général est stationnaire. La fièvre persiste. Le ventre reste très ballonné avec un cadre colique nettement dessiné. On perçoit en certains points du côlon, surtout vers le cæcum et dans sa portion ascen-

dante des épaissements localisés. La régression utérine est lente, les lochies normales.

Le palper abdominal même profond est remarquablement indolent. Il existe de la submatité dans les flancs ; le foie ne paraît pas déborder les fausses côtes. On ne peut mettre en évidence un épanchement abdominal séreux.

La malade se plaint d'une petite toux sèche et intermittente. La percussion révèle de la submatité des deux fosses sus-épineuses et des deux bases sur une hauteur de quatre travers de doigt. A l'auscultation, expiration prolongée aux deux sommets. Aux deux bases, surtout à gauche, râles et frottements très fins.

L'érythème persiste sur les avant-bras. Dans la nuit précédente, il y a deux vomissements.

Le 26 janvier, prostration plus marquée, pâleur des lèvres. L'érythème des avant-bras s'atténue, tandis que des manifestations analogues apparaissent sur la poitrine, dans le dos et au niveau des membres inférieurs. Anorexie, vomissements nocturnes bilieux, nausées fréquentes, constipation.

La langue est humide avec un enduit saburral, dont elle se dépouille progressivement. Haleine non fétide.

L'abdomen est moins gros et moins généralement ballonné. Il s'est formé un sillon transversal très net à la hauteur de l'ombilic entre l'utérus d'une part, le côlon transverse et l'estomac d'autre part. Le cadre colique reste nettement dessiné au palper, avec des zones d'empâtement très nettes surtout dans la région appendiculaire. Le creux épigastrique est très rénitent. Le foie et la rate

paraissent normaux. Légère submatité des flancs. Les selles sont décolorées.

L'utérus régresse doucement : le fond est encore à l'ombilic.

Le toucher montre des culs-de-sac effacés, comme retournés, rendant à peine appréciable le relief du col, ainsi que cela se rencontre dans les cas d'ascite.

L'état général décline.

Les signes pulmonaires persistent aux bases, en même temps qu'apparaissent des sibilances disséminées.

La malade, vue successivement par le Professeur Hamant et par le Dr Michon, chef de clinique médicale, donne l'impression unanime d'une tuberculose pleuro-péritonéale.

C'est dans ces conditions que la malade est transférée dans le service de clinique médicale du Professeur Simon, où le même diagnostic a été porté.

L'état s'aggravant de jour en jour, la famille de la malade intervient pour ramener celle-ci chez elle, où elle ne tarde pas à succomber.

L'enfant d'abord nourri par sa mère, puis séparé d'elle se développe normalement.

OBSERVATION VIII

(publiée par Fournier) (1).

Puerpéralité et tuberculose puerpérale.

RÉSUMÉ. — Il s'agit d'une jeune femme primipare que nous avons accouchée fin juin 1910 et qui avait présenté

i. F. Fournier, *Tuberculose péritonéo-génitale et puerpéralité*.
Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécol., 1929, p. 105.

pendant sa grossesse des symptômes pulmonaires suspects : quintes de toux, fièvre légère, amaigrissement.

Accouchement (fin juin 1910) : fut très laborieux. La dilatation ne faisant aucun progrès malgré de violentes douleurs et les bruits du cœur de l'enfant devenant de plus en plus sourds et mal frappés, il fallut intervenir sous anesthésie générale. Dilatation manuelle, forceps au détroit supérieur, dégagement en O. S., enfant mort, hémorragie du segment inférieur, méthode de Momburg, tamponnement intra-utérin, sérum, caféine, huile camphrée.

Suites de couches. — Enlèvement du tampon intra-utérin le lendemain matin : température, 37°4 ; pouls, 100. Le soir, température 37°6. Le lendemain matin, température 38°1.

Les jours suivants, fièvre légère, aux environs de 38° et état général peu satisfaisant.

Le 19 juillet au soir, la température monte brusquement à 40° et se maintient à ce chiffre le soir, pendant une dizaine de jours, malgré toutes les thérapeutiques successivement instituées. Le matin, elle retombe à 37°. Aucun symptôme d'infection utérine ou péri-utérine : à noter simplement un léger degré de ballonnement du ventre, ballonnement survenu brusquement et sans douleurs.

Pendant le mois d'août, la situation s'aggrave. L'état général devient de plus en plus mauvais, la malade est secouée par une petite toux sèche et quinteuse, le ballonnement augmente et nous constatons la présence d'une petite quantité de liquide.

Réflexions. — Nous nous étions demandé tout d'abord

s'il ne s'agissait pas d'infection puerpérale banale, mais l'apparition tardive des accidents, leur allure et leur évolution, la disproportion entre les lésions pulmonaires et péritonéales et les symptômes généraux, tout cet ensemble éveilla peu à peu dans notre esprit l'idée d'une *poussée aiguë de tuberculose évolutive avec localisation au niveau du péritoine*.

C'est dans ces conditions que nous demandâmes d'avoir une consultation avec le médecin de la famille, le professeur André. Ce dernier, après examen minutieux de la malade, déclara qu'il s'agissait d'un cas de granulie et que les lésions abdominales que présentait cette malade relevaient de la localisation du bacille de Koch au niveau de la séreuse péritonéale.

La malade succomba vers la fin du mois de septembre, 2 mois 1/2 environ après son accouchement, sans qu'il fût survenu de changement appréciable dans son état local.

OBSERVATION IX

(publiée par Fruhinsholz) (1).

Mme X .., 22 ans. Pas d'antécédents pathologiques spéciaux. A toujours eu une santé délicate. Néanmoins, a été très régulièrement réglée.

N'a jamais eu d'accidents pulmonaires ni pleuraux.

Première grossesse en 1925. — Mariée à 20 ans, elle accouche au bout de 10 mois, normalement, d'un bel

1. Fruhinsholz, *Nouveaux cas de tuberculose abdominale en rapport avec la puerpéralité*. Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn., Nancy, 1928, p. 299.

enfant qu'elle nourrit et qui est très bien portant. Depuis le sevrage, les règles ont reparu normalement ; il n'y a pas eu de douleurs abdominales. L'état général laisse toutefois à désirer ; la malade a maigri considérablement et se trouve très fatiguée. Elle présente vers cette époque des manifestations d'érythème noueux typique, limité aux membres inférieurs. L'auscultation des poumons ne révèle rien. Il n'y a aucune température. L'appétit est relativement bon. L'amaigrissement s'accuse néanmoins et c'est dans ces conditions que la malade devient enceinte.

Deuxième grossesse. — Le 20 mars 1926, étant grosse de 2 mois $1/2$, elle fait sans cause apparente un avortement.

Le 21, la température s'élève à 39° . On fait un curetage.

Le 23 mars la fièvre monte à 40° . On fait un nouveau curetage ; la température persiste encore quelques jours, après quoi, elle baisse. On croit la malade guérie : elle se lève pendant quelques jours.

Puis la température reparait et entre le 18 et le 26 avril, elle se met à osciller entre 38° et $39^{\circ}6$.

Le 18 avril, lorsque je vois la malade, la température est à $39^{\circ}5$. Le pouls est à 120. L'état général est assez précaire, caractérisé surtout par un amaigrissement très marqué et de la pâleur. La langue est humide.

L'utérus est en place. La trompe gauche est grosse, douloureuse, en forme de corne d'abondance s'évasant de dedans en dehors. La trompe droite est épaissie.

On pense encore à ce moment-là à des manifestations d'infection banale, mais on émet l'hypothèse, en raison

de l'état général très particulier de la malade, d'un fonds bacillaire.

Dans les jours suivants, il y a une légère amélioration, mais le 26 avril, la malade est prise d'un vomissement porracé et de douleurs abdominales diffuses. Météorisme prononcé, mais sans défense musculaire. Le pouls est accéléré. T. : 39°5. La température continue à osciller entre 38° et 39°.

Le 25 avril, toux sèche avec légère douleur au sommet droit. Dans la fosse sous-claviculaire, on perçoit de légers frottements pleuraux.

Le 8 mai, apparaissent des manifestations de pleurite à la base droite. Diminution du murmure vésiculaire. Ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin. Celui-ci, examiné par le Dr Verain, montre dans le culot de centrifugation :

Lymphocytes vrais petits 68 %.

Cellules endothéliales 30 %.

Polynucléaires neutrophiles 20 %.

Pas d'élément microbien.

Néanmoins, le Dr Véraïn conclut : « Liquide présentant toutes les caractéristiques d'un liquide de pleurésie tuberculeuse ».

Le Professeur Richon qui est appelé à voir la malade à ce moment, est frappé du tympanisme abdominal et porte le diagnostic de pleuro-péritonite bacillaire.

L'épanchement pleural néanmoins se résorbe assez vite. La température continue à osciller entre 37°5 et 38°5. Le ventre reste toujours très météorisé.

Je revois la malade le 2 juin. Elle continue à faire un

peu de fièvre le soir (37°8). Son état général est moins mauvais. La langue est humide. L'appétit revient. Les digestions sont normales. L'amaigrissement reste très prononcé.

Il n'y a pas eu de retour menstruel. Les pertes blanches qu'accuse la malade sont striées de sang.

L'auscultation pulmonaire montre les bases plus libres.

Le ventre reste très météorisé dans l'ensemble, sans ascite nette. Le foie paraît normal.

L'utérus reste gros. La trompe droite est toujours très épaissie. Les annexes gauches ont grossi sensiblement et ont modifié leur forme. Elles ont le volume d'une mandarine. On sent le Douglas épaissi. Les urines sont normales.

On pense toujours à des lésions de bacillose génitale et on profite de ce que la malade va mieux pour faire des séances d'héliothérapie, qui ont pour effet de la transformer assez rapidement.

Les règles réapparaissent. L'état général s'améliore, mais l'état local reste stationnaire.

Séjour en août 1926 à Evian, puis à Genève. Cure d'altitude avec héliothérapie. La malade passe l'hiver dans un sanatorium, d'où elle sort en mars 1927, avec un bon état général et local (celui-ci non précisé malheureusement) et avec des règles normales.

OBSERVATION X

(publiée par Galatia) (1).

Tuberculose des annexes et du péritoine.

Mort en suites de couches.

Femme vue 10 jours après l'accouchement. T. 39°3
Pouls : 130, filiforme. Mort par collapsus.

Autopsie. — Poumons sains. Entre tous les organes abdominaux, adhérences de 1 cm. d'épaisseur. L'intestin est couvert de granulations tuberculeuses. Il y a aussi des abcès à pus épais et fétide.

Annexes hypertrophiées, couvertes de tubercules. Il y a aussi des tubercules sur le péritoine utérin...

On peut colorer les bacilles.

OBSERVATION XI

(Maternité de Nancy, 1921) (2).

Pleuro-péritonite du post-partum.

Mme F..., 21 ans, ménagère. Entre à la Maternité le 19 juin 1921. Son père est mort d'affection pulmonaire.

Elle a été réglée à 13 ans 1/2, normalement. Elle n'avait jamais été alitée et n'a jamais souffert du ventre.

1. Galatia, (*Zentralblatt f. Gynec.* 1907). Cette observation est également relatée dans la thèse de Feuillade. Nancy 1924, observ. n° 40.

2. Observation relevée dans la thèse de P. Feuillade. Nancy, 1924. Obs. n° 55.

Son mari est de constitution robuste. Au début de sa grossesse, elle a été vue au dispensaire Villemin par M. le Professeur agrégé Jacques Parisot et présentait une pleurésie sèche droite, qui nécessita un mois d'alitement.

Au point de vue obstétrical, gestation normale.

Le 19 juin, accouchement et délivrance ne présentant aucune particularité.

Le 21 juin, lochies odorantes et épaisses. T. : 38°8.

Le 23 juin, céphalée ; sensibilité latéro-utérine droite.

Le 28 juin, douleurs abdominales légères, lymphangite du ligament large.

L'appareil pulmonaire ne présente aucune lésion évolutive. Cependant, sub-matité de la base droite, diminution du murmure vésiculaire.

Le 2 juillet, éruption sérique. Ventre ballonné. L'utérus est en place, un peu gros, annexes droites empâtées et douloureuses.

Le 16 juillet, examen du sang : réaction de fixation du complément, antigène Beseredka. Fixe une unité.

Le 18 juillet, cul-de-sac gauche et Douglas douloureux au toucher. Pas de gono dans les sécrétions vaginales. Râles humides à la base droite, submatité.

Le 27 juillet, examen de M. le Professeur agrégé Causade.

Auscultation : souffle et œgophonie aux deux bases.

Respiration soufflante aux deux sommets, expiration soufflée à droite, inspiration humide à gauche.

T. : 37°2 le matin, 39° le soir.

Ventre volumineux, sensation de flot, ascite.

Diagnostic. — Pleuro-péritonite bacillaire ; induration des sommets.

La malade fut hospitalisée de nouveau en décembre au service du Professeur Simon.

OBSERVATION XII

(publiée par Schellong) (1).

Cas de tuberculose miliaire pendant la puerpéralité. Epanchement péritonéal.

Femme de 24 ans, après avoir mis au monde un enfant vivant et à terme, est prise vers le huitième jour, d'une forte fièvre avec ballonnement du ventre et douleurs.

Six semaines après, on fait une ponction exploratrice de l'abdomen, qui ramène un liquide fétide et qui permet de faire le diagnostic de péritonite diffuse purulente.

Autopsie : tuberculose péritonéale, rénale et pulmonaire.

OBSERVATION XIII

(Ahlefeldter) (1).

Malade de 19 ans, mariée.

Réglée à 14 ans. N'a pas été réglée depuis son accouchement, il y a 2 mois.

1. Schellong, *Zentralblatt f. Gynæk*, 1885 (obs. publiée dans la thèse de Feuillade. Nancy, 1924, n° 56).

2. Ahlefeldter, *Monatschrift f. Geburt. und Gyn.*, 1902. Cette observation est relatée dans la thèse de Feuillade, 1924, obs. n° 54.

Douleurs dans le bas-ventre, il y a 5 semaines. Pertes abondantes.

Tuberculose péritonéale avec annexite bilatérale.

Opération le 1^{er} novembre 1901. Péritoine couvert de granulations.

Exitus le 4 décembre 1901.

Autopsie. — Tuberculose des trompes, des ovaires, de l'intestin et du péritoine.

OBSERVATION XIV

(N^o 672 de la clinique Baudelocque, 1929).

Observation inédite.

Mme L..., 26 ans, employée de banque, 11^e père, entre à la clinique Baudelocque au 8^e mois de sa gestation, parce qu'elle présente de l'albumine et une grosse infiltration œdémateuse.

Antécédents. — Mère morte à 29 ans, de tuberculose pulmonaire. (Sa fille avait 10 ans et avait été en contact constant avec elle). Père atteint d'une affection cardiaque.

7 enfants dont 5 morts de méningite entre 2 et 5 ans. Un frère bien portant qui a toujours été élevé séparé de sa famille.

Réglée à 19 ans ; règles irrégulières, trop espacées et peu abondantes.

Enfance très difficile ; rougeole, oreillons, coqueluche ; bronchites très fréquentes nécessitant des séjours nombreux dans différents sanatoria (entre 7 et 10 ans) : à ce moment expectoration bacillifère.

A 20 ans, scarlatine et angine diphtérique avec compli-

cations rhumatismales et albuminurie. Opérée de l'appendicite à la même époque.

Première gestation. — Accouchement normal en juillet 1927 d'un garçon vivant pesant 3.000 gr. Nourri au sein. A reçu le B. C. G.

Pendant cette première gestation, 3 hémoptysies.

Accouchement et suites de couches normales. Mais, à la suite de l'allaitement de son enfant, l'état général de cette femme s'altère, elle maigrit considérablement, perd l'appétit, fait des poussées de température à 38°. Elle tousse mais ne crache pas.

Un examen pratiqué en août 1928, à l'Hôpital Boucicaut montre une zone suspecte sous-claviculaire droite, qui fait conseiller à cette femme d'entrer au préventorium du Glandier.

Deuxième gestation. — A cette époque, cette femme était au début d'une seconde grossesse, puisque les dernières règles datent du 1^{er} juillet 1928.

Elle ne se rend au préventorium du Glandier qu'en octobre. Elle y reste 2 mois, à la suite desquels, elle demande à revenir chez elle, car elle est sûre d'être enceinte.

Au cours du 8^e mois, entre à la clinique Baudelocque. A ce moment, albuminurie, vomissements fréquents, œdèmes des membres inférieurs, troubles oculaires (diplopie), crampes précordiales. Amélioration avec le régime.

Au cours du 9^e mois, cette femme se plaint de tousser fréquemment. M. le Dr Lacomme l'examine et lui trouve un sommet droit mat et, à ce niveau, une respiration un peu soufflante. L'examen radioscopique montre :

A droite, une diminution de transparence sensiblement

homogène. Sous la clavicule, fines taches et quelques traversées à point de départ hilaire. Base normale. A gauche, aspect sensiblement normal avec hile chargé et arborescent.

Le jeu diaphragmatique est normal.

M. Lacomme interdit l'allaitement. Recherche des bacilles : B. K. : 0.

Accouchement spontané, le 23 mars 1929, normal.

Délivrance naturelle, complète pesant 460 gr.

L'enfant pèse 2.830 gr., reçoit le B. C. G., n'est pas séparé de la mère, mais pas d'allaitement maternel.

Suites de couches. — Recrudescence des lésions pulmonaires.

La courbe du pouls et de la température monte (T. : 39°). 4 gr. d'albumine. La femme sort sur sa demande le 21 avril 1929, à peu près apyrétique. L'état de l'enfant à ce moment est très satisfaisant.

Six semaines après sa sortie de Baudelocque, Mme L... revient à l'école de puériculture pour fatigue générale et état fébrile (T. : à 39°), qu'elle a constaté depuis quelques jours. Elle est admise à l'Hôpital Necker en vue d'un examen pulmonaire complet. La radiographie se montre négative. L'examen des crachats ne peut être pratiqué en raison de l'absence de l'expectoration.

Après une hospitalisation d'une huitaine de jours, la température étant revenue à la normale, Mme L... est envoyée à Glisolles (aux environs du 10 juillet 1924).

A peine 15 jours après l'arrivée à Glisolles :

Reprise de la fatigue générale.

Elévation à nouveau de la température qui oscille entre

38°5 et 39°5 et va persister jusqu'au retour à Paris, c'est-à-dire le 2 août. Cette température qui ne s'accompagne au début d'aucun autre symptôme fait penser à une fièvre typhoïde dont les réactions de laboratoire sont négatives.

Ce n'est que tout à fait vers la fin de juillet que Mme L... commence à souffrir de l'abdomen.

Retour à Paris le 2 août. Revient à l'école de puériculture. Mauvais état général. Amaigrissement. Fièvre persistante et oscillante. Abdomen ballonné, au niveau duquel on perçoit des gâteaux péritonéaux.

Diagnostic : péritonite tuberculeuse vraisemblable.

Le 3 août, admission à Necker où M. Coste confirme le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Observation de Necker :

Signes d'imprégnation bacillaire : asthénie, amaigrissement, sueurs nocturnes.

Troubles intestinaux marqués : alternatives de diarrhée et de constipation.

Fièvre hectique.

Abdomen : un peu d'ascite dans les régions déclives.

Traitement : Rayons ultra-violets. A la cinquième séance, point de côté thoracique gauche : réaction pleurale. La radioscopie montre une légère lame obscurcissant les sinus. Signe de Damoiseau.

On continue les rayons ultra-violets.

Au cours du traitement, on note une amélioration nette de l'état général. Mme L... pesée régulièrement tous les 8 jours accuse une augmentation progressive : 39 kg. 500 à son entrée.

44 kg. 500 à la quinzième séance de rayons ultraviolets.

Mme L... quitte Necker le 28 septembre 1929, après 7 semaines d'hospitalisation. La température est régularisée à 37°.

Départ fin octobre pour San-Salvador, d'où excellentes nouvelles reçues jusqu'à l'époque actuelle (fin décembre 1929).

OBSERVATION XV

(publiée par Fournier, (1).

Résumé.

Mme X..., secondipare, vient nous consulter dans le courant de mars 1928 pour de violentes douleurs abdominales. Elle entre dans notre cabinet à tous petits pas, courbée en deux ; son facies est pâle, très amaigri et trahit une vive souffrance ; ses yeux sont excavés. Sa voix est faible et cassée, et de petites quintes de toux sèches et fréquentes la secouent péniblement.

Antécédents. — Premier accouchement a lieu en 1924, le second en mars 1926 : les 2 enfants sont vivants et bien portants.

Deux mois après le deuxième accouchement, elle a eu des troubles fébriles, accompagnés de diarrhée et d'amaigrissement, troubles que l'on a attribués à une infection gastro-intestinale. Ces accidents n'ont duré qu'une quinzaine de jours, mais l'amaigrissement a persisté.

1. F. Fournier, *Tuberculose péritonéo-génitale et puerpéralité. Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie*, 1929, p. 105.

En décembre 1927, à nouveau, *diarrhée et douleurs abdominales*, perte de l'appétit, fatigue générale, amaigrissement encore plus marqué, puis aménorrhée pendant un mois en décembre, et retour après une purgation en janvier. En même temps, *ballonnement du ventre, ascite, empatement du côté droit et gâteaux épiploïques*. La malade demeure alitée pendant 3 semaines.

En janvier 1928, nouvelle poussée pour laquelle la malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans un service de chirurgie, où elle est admise avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec ascite évaluée à 7 à 8 litres. Vu son mauvais état général, on se contente de faire un traitement médical.

Etat actuel. — Ventre ballonné, très douloureux. Fièvre de 38° à 39°. Palpation profonde impossible, matité dans les flancs, matité invariable avec les changements de position.

Toucher. — Utérus paraissant avoir un volume normal, immobile, culs-de-sac épaissis, annexes volumineuses, marronnées, fixées aux parois du petit bassin, douloureuses.

Diagnostic. — *Tuberculose annexielle et péritonéale*, consécutive à un accouchement antérieur. Examen des poumons : lésions bi-latérales ; la malade sera envoyée à la radioscopie

Traitement. — 30 séances d'irradiations ultra-violettes qui amènent une amélioration très marquée de l'état général. La malade gagne 12 à 13 kilos. Amélioration également notable de l'état local. Persistance d'une petite

masse, mollassse, dans le Douglas, mais les gâteaux péritonéaux ont complètement disparu.

Les règles sont redevenues régulières.

OBSERVATION XVI

(publiée par Fournier) (1).

Tuberculose péritonéale après accouchement.

Mme X... secondipare, âgée de 35 ans, vient nous consulter le 20 octobre dernier, parce que, depuis quelques mois, son ventre a beaucoup grossi.

Antécédents obstétricaux. — Premier accouchement normal, il y a 8 ans, mais depuis cette époque, elle tousse et crache.

Deuxième accouchement en avril dernier : la grossesse fut très pénible, accompagnée de quintes de toux et de crises d'étouffement, mais l'accouchement fut normal et rapide.

Anamnèse. — Un mois après, et, dans l'espace de quelques jours, le ventre devint énorme, beaucoup plus gros, nous dit la malade qu'avant l'accouchement. Ce gonflement ne provoqua que de légères douleurs et fut suivi de diarrhée et d'un épanchement très abondant, puis ce gonflement diminua progressivement, sans toutefois disparaître complètement. Au point de vue général, amaigrissement marqué.

En août, la malade est partie pour la campagne, mais

1. F. Fournier, *Tuberculose péritonéo-génitale et puerpéralité*.
Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie, 1929, p. 105.

elle n'a pas suivi l'ordonnance de son médecin qui lui avait prescrit des bains de soleil. Cependant ce changement d'air a amené une certaine amélioration de son état général, les règles en particulier sont revenues normalement et sans douleurs ; l'appétit est meilleur et les quintes de toux sont moins fortes ; elle ne souffre pas beaucoup, mais la persistance de ce ballonnement la préoccupe et c'est à ce sujet qu'elle vient nous consulter aujourd'hui.

A noter, dans ses antécédents, une bronchite dans le jeune âge et des bronchites à répétition tous les hivers. Pas d'allaitement ni après le premier, ni après le second accouchement.

Examen gynécologique. — Ventre de batracien, submatité dans les flancs, matité en forme de croissant au niveau de la région hypogastrique, les cornes du croissant se perdent dans les flancs : cette matité est invariable quelle que soit la position donnée à la malade.

L'étage supérieur de l'abdomen paraît normal et la palpation et la percussion ne révèlent rien de particulier à ce niveau.

Toucher. — Utérus abaissé, mobile, petit, refoulé en avant par des masses mollasses irrégulières, bombant dans le Douglas, indolores, et ayant le volume global d'une mandarine. Les culs-de-sac sont épaissis, indurés, mais sans empatement profond.

Diagnostic : tuberculose annexielle et péritonéale consécutive à l'accouchement.

Auscultation des poumons. Lésions évidentes de tuberculose pulmonaire. Vu les lésions des poumons, nous conseillons tout d'abord un traitement par les rayons ultra-

violet, traitement qui a été commencé immédiatement. La malade sera vue à la radio par son médecin traitant.

RÉFLEXIONS. — *Les accidents de tuberculose annexielle et péritonéale que nous constatons aujourd'hui remontent d'une manière évidente à l'accouchement antérieur, auquel ils se relieut par toute une série de faits intermédiaires.*

OBSERVATION XVII

(Boquel) (1).

Mme D..., 26 ans, malade pendant deux années consécutives, vers 16 ans, au moment de la puberté avec albuminurie. Pas de renseignements positifs.

Accouchement le 14 novembre 1921, normal, sans incidents, après grossesse normale. Enfant bien portant.

Suites de couches. — Fébriles. Dès le deuxième jour, oscillations entre 37° et 38°, même 39°, pendant son séjour à l'hôpital qui dura 4 semaines. Fébrile au départ, mais sans qu'aucun phénomène autre fût noté que : empâtement du cul-de sac droit, mal délimité. Ballonnement du ventre, coliques, un peu de diarrhée, manque d'appétit, c'est-à-dire phénomènes locaux sans phénomènes généraux ou pulmonaires.

Revenue en février 1922, à la consultation. Paraît fébrile, avec douleurs abdominales plus vives, quelques pertes, douleurs tantôt à gauche, tantôt à droite ; pas de troubles intestinaux, mais envies fréquentes et douloureuses d'uriner. Urines claires, non albumineuses.

1. Cette observation de Boquel a été relevée dans la thèse de Feuilleade. Nancy, 1924.

Entre le 10 mai à l'hôpital : même état, masse à droite notable, pouls rapide, fièvre à oscillations. Phénomènes pulmonaires : néant.

Diagnostic hésitant entre tuberculose péritonéale et lésions annexielles suppurées.

Laparotomie. — Péritonite tuberculeuse avec granulations généralisées et masse adhérente à droite.

On referme. Amélioration au moins passagère.

Non revue.

OBSÉRVATION XVIII

(publiée par Tedenat) (1).

T..., 24 ans. Début il y a 5 mois, après accouchement normal, par douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiations dans la région lombo-sacrée. Douleurs généralisées à tout le ventre : quelques semaines après le début, le volume du ventre a augmenté.

Les règles étaient normales. Actuellement, aménorrhée de la lactation et douleurs persistantes. L'aspect du ventre ferait songer à un kyste de l'ovaire, mais il y a du tympanisme.

Antécédents nuls. Deux enfants en bonne santé. Utérus en flexion et rétroversion légère. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse constituée par les annexes tombées dans le Douglas, fixées par des adhérences et sensibles à la pression.

1. Thèse de De Cazeneuve. Montpellier, 1901 (Cette observation a été recueillie dans la thèse de P. Feuillade. Nancy, 1924, obs. n° 53).

Le 28 février, *laparotomie*. Muscles amincis et pâles. Il s'écoule 6 à 8 litres d'*ascite* légèrement verdâtre. Intestin recouvert de tubercules gros comme une lentille ou un pois. Ces granulations recouvrent complètement les organes génitaux internes. Les trompes et les ovaires sont tombés dans le Douglas et adhérents. On lave le péritoine à l'eau oxygénée dédoublée, dont on laisse $\frac{3}{4}$ de litre dans le ventre.

Suites simples. Les douleurs disparaissent.

FAITS OBSERVÉS DANS LE PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

Tuberculoses péritonéales diagnostiquées pendant la grossesse (5 cas).

1° *L'association tuberculose péritonéale et grossesse nous semble peu fréquente.* — Sur 19.137 observations de femmes ayant accouché à la clinique Baudelocque de 1925 à 1931 inclus et parmi lesquelles il faut compter 961 tuberculeuses (1), hospitalisées au pavillon Tarnier, nous n'en avons trouvé qu'un cas (obs. II). La première observation que nous rapportons constitue le seul exemple de péritonite tuberculeuse que M. le Dr Levant ait constaté chez une femme enceinte, depuis qu'il est chef de service à la Maternité de Beaujon, c'est-à-dire depuis 8 ans. D'autre part, Lévy, de Nancy, pense que la coexistence de la grossesse et d'une tuberculose du péritoine est une éventualité rare (2). Enfin, au cours de nos propres recherches biblio-

1. Renseignements communiqués par le service social, à la Fondation Valancourt. Voir également la thèse de Ghinsberg. Paris, 1931.

2. Georges Lévy, *Tuberculose péritonéale et grossesse. Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Nancy, 1928, p. 740.

graphiques, nous n'avons retrouvé que 3 observations publiées, que nous reproduisons ici *in extenso* (obs. III, IV et V).

La rareté de l'association tuberculose péritonéale et grossesse ne pourrait-elle être qu'apparente ?

En d'autres termes, certaines formes discrètes, en raison des modifications anatomiques et physiologiques que crée la gravidité au niveau des organes abdominaux, seraient-elles susceptibles de passer cliniquement inaperçues ? Bien que nous n'ayons pas ici la prétention de trancher la question, la chose ne nous paraît pas *a priori* impossible : l'observation II (clinique Baudelocque), nous montre, en effet, la découverte inattendue, au cours d'une opération césarienne pour bassin vicié (bassin cyphotique) de granulations tuberculeuses péritonéales très nettes, chez une femme qui n'avait jamais présenté le moindre signe de réaction au niveau de sa grande séreuse, ou, du moins, dont la réaction ne s'est pas traduite par des signes cliniquement sensibles.

2^o *Influence de la péritonite tuberculeuse sur l'évolution de la grossesse.* — Nous avons relevé des observations contradictoires. Voici les faits que nous avons observés :

Dans les observations III, I et V, les événements se sont déroulés *comme si* la gestation avait donné l'impulsion au B. de K., l'état de gravidité décuplant le bacille (Fruhinsholz), celui-ci provoquant

sinon l'avortement (obs. III), du moins l'accouchement prématuré (obs. I), ou provoquant des troubles tels qu'il a fallu intervenir et vider artificiellement l'utérus de son contenu (obs. V).

Au contraire, dans les observations II et IV, la coexistence d'une péritonite tuberculeuse n'a pas empêché la grossesse d'évoluer jusqu'au terme.

Enfin, il nous paraît intéressant de faire remarquer, à propos de l'observation IV, publiée par Lévy, en 1928, que la malade, présentant des antécédents nets de bacillose pulmonaire, est devenue enceinte après une longue période d'aménorrhée, *alors qu'elle n'était pas encore complètement guérie de son ascite*. De plus, pendant l'accouchement et le post-partum, ce sont les phénomènes pulmonaires et non les phénomènes abdominaux qui ont dominé le tableau clinique.

3° Sur 5 cas observés, 2 fois la coexistence de lésions annexielles vraisemblablement tuberculeuses a pu être diagnostiquée ;

4° Deux fois sur 5, nous avons observé une terminaison fatale par péritonite généralisée (obs. III et V).

Dans un troisième cas, persistance d'un état général déficient après l'accouchement. Malheureusement, la malade a été perdue de vue (obs. IV).

Dans les 2 autres cas, la puerpéralité ne semble pas avoir entraîné d'aggravation de l'infection tuberculeuse de la grande séreuse.

FAITS OBSERVÉS DANS LE DEUXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Tuberculoses péritonéales diagnostiquées au cours du post-partum.

1^o *L'infection tuberculeuse du péritoine, après une grossesse qui n'a rien laissé prévoir, peut éclater au cours du post-partum, moins de 2 mois environ après l'accouchement.*

Nous en avons réuni 8 observations, auxquelles nous avons adjoint 5 autres, dans lesquelles l'infection péritonéale a été diagnostiquée, non plus au cours du post-partum, mais à une échéance plus lointaine, se rattachant cependant à l'accouchement (ou à l'avortement) antérieur par toute une série de faits intermédiaires.

2^o *L'apparition de la péritonite tuberculeuse du post-partum peut être précoce, parfois même très précoce.*

Nous la voyons, en effet, dans les observations VI et VII, publiées par M. le Professeur Fruhinsholz, de Nancy, se manifester dès le lendemain même de

l'accouchement, « celui-ci semblant en être par le traumatisme qu'il provoque et peut-être par suite de l'état de moindre résistance physiologique de l'organisme l'agent révélateur ». On s'étonne même dans certains cas, que les lésions abdominales n'aient eu aucun retentissement sur la grossesse. Témoin, l'observation de Galatia (obs. X) : dans les suites de couches, la malade meurt de collapsus. A l'autopsie on trouve une tuberculose du péritoine, de l'intestin et des annexes. Tous les organes abdominaux étaient adhérents sur 1 cm. d'épaisseur et ceci 10 jours seulement après l'accouchement.

3° *La péritonite tuberculeuse du post-partum ou du post abortum est susceptible d'évoluer sous le masque d'une infection péritonéale, banale, à streptocoques ; nous en avons plusieurs exemples typiques :*

Dans l'observation VI, après accouchement et délivrance normales, nous voyons survenir le lendemain même de l'accouchement, des phénomènes abdominaux accompagnés de température à 40° et d'un pouls à 120, qui en imposent tout d'abord pour une réaction péritonéale banale (injections de sérum antistreptococcique). Malgré les diverses thérapeutiques instituées, aucune amélioration jusqu'au 15^e jour, date à laquelle la constatation clinique de placards abdominaux fait rectifier le diagnostic et porter celui de bacillose péritonéale aiguë, laquelle est confirmée au cours d'une laparotomie

ultérieure et par l'examen histologique d'un lambeau péritonéal.

L'observation VII est, en tous points, superposable à la précédente : un accouchement banal déchaîne une évolution bacillaire abdomino-péritonéale étiquetée tout d'abord infection puerpérale, l'ascension progressive du pouls et de la température étant apparue *immédiatement* après l'accouchement.

L'observation VIII de Fournier, nous montre une femme suspecte de bacilliose, chez laquelle évoluent à la suite d'un accouchement laborieux des accidents que l'on est tout d'abord tenté de mettre sur le compte d'une infection puerpérale ; mais leur allure et leur évolution, la disproportion entre les lésions pulmonaires et péritonéales et les symptômes généraux éveillent peu à peu l'idée d'une poussée aiguë évolutive avec localisation au niveau du péritoine.

Dans l'observation IX, ce n'est plus après un accouchement, mais après un avortement au cours du 3^e mois que la précocité des accidents (T. à 39°. Signes généraux graves) fait tout d'abord penser à des manifestations d'infection banale, manifestations qui ne furent rapportées à leur véritable cause que plus tardivement, après apparition de troubles abdominaux et pulmonaires, qui font porter le diagnostic de pleuro-péritonite tuberculeuse.

Si nous avons insisté un peu longuement sur ces quelques faits de péritonites tuberculeuses du post-

partum, confondues avec des infections puerpérales banales, c'est qu'il nous a paru intéressant de prévenir une erreur de diagnostic, toujours préjudiciable. « J'ai déjà eu l'occasion, écrit M. le Professeur Fruhinsholz, d'insister sur les manifestations tuberculeuses à point de départ abdominal qui, déchainées par l'accouchement, peuvent simuler les différentes formes d'une infection banale, aussi bien les formes aiguës que les subaiguës, les formes généralisées que les localisées, tantôt après la parturition, tantôt après un délai variable. » D'autre part, Ricard et Lecomte (1) écrivent : « M. le Professeur Tixier, s'appuyant sur l'expérience clinique de l'Ecole de la Charité, nous a enseigné que l'on observait assez souvent, après des accouchements ou des avortements des malades qui présentaient une scène péritonéale aiguë et qui, en réalité, s'avéraient, de par l'évolution clinique, être atteintes de pelvi-péritonite d'origine tuberculeuse ».

Il est évident, que la conduite à tenir, les divers moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, seront susceptibles d'être différents selon la présence d'une péritonite à streptocoques ou d'une péritonite tuberculeuse.

4^o Les phénomènes d'infection tuberculeuse du péritoine peuvent se manifester cliniquement, non plus au cours du post-partum immédiat, mais seulement

1. Ricard et Lecomte, *Formes péritonéales de la tuberculose annexielle. Gyn. et Obstétr.*, 1925, t. XII, p. 48.

à une échéance plus lointaine, comprise entre 2 et 6 mois après l'accouchement.

Nous nous sommes fait un devoir de rapporter ces faits, parce que dans les 5 cas observés (obs. XIV, XV, XVI, XVII et XVIII), les phénomènes de péritonite tuberculeuse *se rattachent à l'accouchement ou à l'avortement antérieurs par toute une série de faits intermédiaires*, qui constituent les différents anneaux d'une véritable chaîne pathologique :
Exemples :

Dans l'observation XIV (observation de la clinique Baudelocque), la malade, à antécédents de bacillose pulmonaire des plus nets, voit, quelques semaines après ses suites de couches, son état général décliner, avec température à 39°. On craint une poussée évolutive pulmonaire. Mais l'examen pulmonaire et la radiographie se montrent négatifs. Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. La température étant revenue à la normale, la malade part en convalescence, mais à peine 15 jours après, reprise de la fatigue générale, recrudescence de la température qui demeure oscillante et ne s'accompagne d'aucun autre symptôme, si bien qu'on pense à une fièvre typhoïde fruste. Mais les réactions de laboratoire se montrent négatives.

Ce n'est que 4 mois après l'accouchement que le diagnostic de péritonite tuberculeuse est porté, l'examen clinique ayant révélé la présence d'un syndrome abdominal (troubles intestinaux, ascite, gâteaux), qui jusque-là était resté *cliniquement*

latent. Amélioration très nette par les radiations ultra-violettes.

Dans l'observation XV, de Fournier, la malade a présenté pendant les suites de couches une affection fébrile, cataloguée infection gastro-intestinale. Deux mois après sont apparus d'autres symptômes : fièvre, diarrhée, douleurs abdominales, amaigrissement. Après un nouvel intervalle de 4 à 5 mois, apparition de signes encore plus nets que les précédents : aménorrhée, diarrhée, douleurs abdominales, empatement dans le côté droit de l'abdomen, gonflement du ventre, ascite, gâteaux épiploïques, tous signes qui imposent le diagnostic de péritonite tuberculeuse, traitée et très améliorée par les rayons ultra-violettes.

Les mêmes constatations peuvent être faites dans les observations XVI, XVII et XVIII ; on y suit pas à pas l'évolution progressive des faits intermédiaires.

Dans tous ces cas de péritonite tuberculeuse diagnostiquée tardivement, la filiation des accidents apparaît d'une manière évidente et on suit leur évolution depuis le moment de l'accouchement. Par conséquent, il ne saurait y avoir aucun doute : nous avons en main tous les anneaux de la chaîne qui réunit la tuberculose péritonéale à la puerpéralité.

5° Sur 13 cas observés, 6 fois la coexistence de lésions annexielles tuberculeuses a pu être diagnostiquée, 2 fois, elle apparaît probable.

6° Sur 13 cas observés, 6 fois une terminaison fatale a pu être constatée. Cinq fois amélioration notable. Le pronostic semble d'autant plus sévère que les phénomènes péritonéaux sont plus rapprochés de l'accouchement.

CONCLUSIONS

I. — La constatation d'une péritonite tuberculeuse au cours de la gestation est rare.

Que cette péritonite soit antérieure ou postérieure au début de la grossesse, celle-ci paraît évoluer dans les 2 cas de façon très variable.

La constatation d'une péritonite tuberculeuse au cours du post-partum est une éventualité moins rare. L'apparition des phénomènes péritonéaux peut-être cliniquement très précoce, ou, au contraire, tardive.

La coexistence de lésions annexielles tuberculeuses paraît être assez fréquente.

II. — Au cours du post-partum, la péritonite tuberculeuse est susceptible de se masquer sous les allures d'une infection puerpérale, banale, à streptocoques.

III. — L'association péritonite tuberculeuse et puerpéralité semble comporter un pronostic assez

sévère; sur 18 cas observés, 8 fois la mort est survenue : d'autant plus précocement que les phénomènes péritonéaux ont été plus rapprochés de l'accouchement soit pendant la grossesse, soit au cours des suites de couches.

Vu : le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlefelder. — Monatschrift fr. Geburt. u. Gyn., 1902.

Feuillade (Paul). — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse de Nancy, 1924.

Fournier. — Tuberculose péritonéale et grossesse (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1929, p. 103).

Fruhinsholz. — Nouveaux cas de tuberculose abdominale en rapport avec la puerpéralité (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1928, p. 740).

— Tuberculose péritonéale aiguë du post-partum simulant une infection puerpérale (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1926, p. 371).

Fruhinsholz et *Feuillade.* — Tuberculose utéro-annexielle et puerpéralité (Gynécologie et Obstétrique, 1924, t. X, p. 303).

Galatia. — Zentrallblatt, für gyn., 1907.

Ghinsberg. — Etude statistique de l'association tuberculose pulmonaire et gestation. Thèse Paris, 1931, A. Legrand, éditeur.

Munié. — Contribution à l'étude de l'influence de la gestation sur l'évolution des tuberculoses ostéo-arti-

culaires, ganglionnaires et cutanées. Thèse de Paris, 1930.

Lévy. — Tuberculose péritonéale et grossesse (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1928, p. 740).

Ricard et Lecomte. — Formes péritonéales de la tuberculose annexielle (Gynécologie et Obstétrique, 1925, t. XII, p. 48).

Schellong. — Zentralblätt f. Gyn., 1885.

Scipiades. — Zentralblätt f. Gyn., 1907.

Tedenat : de Cazeneuve. — Thèse de Montpellier, 1901-1902.

227. — Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 4-33

